BUREAU hhm
ONDERZOEK EN ADVIES

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 **Internet** www.hhm.nl
E-mail info@hhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Inventarisatie van knelpunten in het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen

Enschede, 16 september 2013
SV/13/1380/okrv

dr. Patrick Jansen
ir. Susan Veldhuis

Inhoudsopgave

Samenvatting

Als gevolg van de hoge kosten voor zorg en vervoer in de AWBZ heeft het ministerie van VWS een tariefmaatregel voor het medisch noodzakelijk vervoer van en naar dagbesteding ingesteld. In verband met deze tariefmaatregel is de contracteerruimte voor 2013 verlaagd. Daarnaast is de mogelijkheid om kosten voor vervoer op te nemen in de nacalculatie geschrapt. Als gevolg van deze maatregel zijn deze vervoerstarieven met gemiddeld 56% gekort.

Op verzoek van de NZa hebben we een onderzoek verricht naar de knelpunten die zich door deze maatregel voordoen voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen. We hebben hiervoor deskresearch verricht en interviews gehouden met diverse deskundigen uit het veld. Het onderzoek is niet gericht op het in beeld brengen van de kosten van het vervoer.

Maatregelen

Door de tariefmaatregel voor vervoer is een prikkel geïntroduceerd om het AWBZ-vervoer efficiënter te organiseren. In het verleden ontbrak de (financiële) noodzaak om hier kritisch naar te kijken. De betrokken partijen zien de urgentie van het optimaliseren van het vervoer en zijn hier dan ook, samen met vervoerders, reeds mee bezig. Maatregelen die op dit moment worden genomen:

- Dagbesteding dichterbij de cliënt organiseren.
- Efficiëntere inzet van de vervoermiddelen door het verruimen van de openingstijden van de dagbestedingslocaties, het verminderen van de tussentijdse vervoersbewegingen en het aanbieden van hele dagen dagbesteding.
- Samenwerking tussen vervoerders en zorgaanbieders verbeteren.
- Inzet van vrijwilligers om te besparen op chauffeurskosten.
- Eigen bijdrage van cliënten[1].
- Centrale regie en uitvoering van het vervoer.
- Overige maatregelen, zoals eigen vervoer stimuleren, OV-training, technische ondersteuning, vaste opstapplaatsen creëren, OV-fietsen inzette, in gesprek blijven met cliënten(vertegenwoordigers) en kritisch kijken naar de aanspraken en declaraties.

Knelpunten

Door de hierboven beschreven maatregelen worden de vervoerskosten lager, maar verwachten diverse zorgaanbieders niet dat ze uitkomen met de nieuwe vervoerstarieven. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de genoemde maatregelen slechts in beperkte mate van toepassing zijn voor de twee specifieke cliëntgroepen.

- Vanwege de specialistische zorg en begeleiding vervullen deze dagbestedingslocaties een regiofunctie, waardoor de reisafstanden lang zijn.
- Voor een groot deel van deze cliënten worden speciale kwaliteitseisen gesteld aan rolstoelbussen (code VVR).

[1] Zorgaanbieders overwegen om eigen bijdragen te vragen. Het betreft hier (met name) een eigen bijdrage aan cliënten indien ze zelf voor een andere dagbesteding kiezen terwijl er dichtbij ook een goed alternatief beschikbaar is.

- Voor een groot deel van deze cliënten worden specifieke (kwaliteits-)eisen aan de chauffeurs gesteld.
- Combinatie van vervoer met andere doelgroepen is beperkt mogelijk.
- Cliënten moeten thuis worden opgehaald.
- De maximaal mogelijke reistijd is voor deze cliënten in veel gevallen beperkt.

Consequenties

De verlaagde tarieven voor het vervoer kunnen daardoor op termijn verschillende negatieve consequenties hebben:
- Cliënten ontvangen minder dagbesteding.
- De dagbesteding is minder passend.
- Cliënten gaan (een groot deel van) de vervoerskosten zelf betalen indien een cliënt de voorkeur heeft voor een andere locatie dan de dichtstbijzijnde.
- Specialistische dagbestedingslocaties voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen gaan op korte of lange termijn sluiten.
- Een deel van de rolstoelgebonden cliënten en kinderen blijft thuis met als gevolg een groter beroep op mantelzorg en thuiszorg. Voor een deel van deze cliënten leidt dit tot een intramurale opname, omdat de draagkracht van de mantelzorg voor deze nieuwe situatie niet voldoende is.

Omdat vanaf 1 januari 2015 de extramurale begeleiding, inclusief de dagbesteding en het vervoer in de Wmo wordt ondergebracht (met een budgetkorting van 25%), is het van belang gemeenten goed te informeren over de ervaren knelpunten, maatregelen en consequenties. De gemeenten kunnen deze informatie dan gebruiken om te komen tot kostendekkende tarieven en het vervoer vanuit een centrale regie te optimaliseren in combinatie met de andere vervoersvormen waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn, zoals leerlingenvervoer, Regiotaxi en Wmo-vervoer.

1. Inleiding

AWBZ-vervoer is voor cliënten met een indicatie voor dagbesteding of dagbehandeling. De wettelijke basis hiervoor ligt in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een cliënt met een indicatie voor dagbesteding kan gebruikmaken van vervoer uit de AWBZ als hiervoor een medische noodzaak is en het CIZ hiervoor een indicatie afgeeft. Het vervoer valt onder de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen die de dagbesteding en dagbehandeling leveren.

De volgende cliëntgroepen komen in aanmerking[2] voor AWBZ-vervoer:
- Extramurale cliënten met een indicatie voor dagbesteding/dagbehandeling;
- Intramurale cliënten die zijn geïndiceerd voor of aangewezen op een ZZP VG, ZZP LG, ZZP ZG of ZZP GGZ inclusief dagbesteding.
- Intramurale cliënten die zijn geïndiceerd voor, of aangewezen op een ZZP LVG of ZZP SGLVG.

Voor deze cliënten kan per aanwezigheidsdag een vergoeding worden gegeven voor het vervoer van en naar de locatie van de dagbesteding of -behandeling.

Tariefmaatregel

Het Rijk heeft per 1 januari 2013 twee wijzigingen doorgevoerd in de bekostigings-systematiek van het AWBZ-vervoer: een korting op het vervoer van en naar de dagbesteding van totaal € 150 miljoen, inclusief afschaffing van de nacalculatie waardoor extra kosten niet achteraf alsnog vergoed kunnen worden. Deze wijzigingen hebben tot gevolg dat de normtarieven voor het vervoer ongeveer zijn gehalveerd.

Vanwege de knelpunten die zorgaanbieders hebben aangegeven bij de organisatie van vervoer is medio 2013 door het Rijk € 25 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen. Hierdoor zijn de maximale vergoedingen voor deze cliëntgroepen niet verlaagd.

De NZa heeft bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen om meer inzicht te krijgen in de knelpunten die zich als gevolg van de tariefmaatregelen in 2013 en 2014 voordoen in het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen. In deze rapportage beschrijven we de resultaten.

1.1 Doelstelling

Met dit onderzoek wil de NZa inzicht krijgen in eventuele knelpunten die zich voordoen bij het vervoer van rolstoelgebonden cliënten in de gehandicaptenzorg en kinderen. Het betreft zowel intramuraal als extramuraal verblijvende cliënten. De resultaten van het onderzoek kan de NZA gebruiken om met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in gesprek te gaan over de tarieven voor het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen vanaf 2014.

In dit onderzoek beantwoorden we de volgende hoofdvragen:
1. Welke specifieke kenmerken onderscheiden het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen van het reguliere AWBZ-vervoer?

[2] www.nza.nl/137706/142055/567517/CA-300-541.pdf

2. Welke knelpunten ervaart men in het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen, als gevolg van de tariefmaatregel?
3. Welke maatregelen nemen zorginstellingen om knelpunten in het vervoer te verminderen?

Het onderzoek is allereerst gericht op het in beeld brengen van de knelpunten in het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen. Daarnaast biedt het onderzoek ook inzicht in mogelijke maatregelen om deze knelpunten (deels) op te lossen. Het onderzoek is niet gericht op het in beeld brengen van de kosten van vervoer.

1.2 Onderzoeksaanpak

Bij de uitvoering van het onderzoek hebben we de volgende stappen verricht.

Stap 1: Deskresearch

Om de achtergrond van de vraagstelling te verkennen, hebben we deskresearch uitgevoerd. Hierdoor hebben we de aard van de knelpunten als gevolg van de tariefmaatregel in het vervoer en de acties die reeds door diverse partijen zijn uitgezet scherp gekregen. In bijlage1 presenteren we een overzicht van de gebruikte bronnen.

Stap 2: Verkenning knelpunten in het vervoer bij zorginstellingen

Om de aard en omvang van de knelpunten in het vervoer voor rolstoelgebonden gehandicapte cliënten en kinderen in kaart te brengen hebben we interviews afgenomen met zorginhoudelijke - en vervoersdeskundigen van enkele zorginstellingen die zorg leveren aan deze cliëntgroepen. Hierdoor hebben we ook inzicht gekregen in de aard van de zorg aan deze cliëntgroepen. We hebben in deze stap in totaal elf interviews afgenomen, waarbij we rekening hebben gehouden met de diversiteit in type instelling.

Parallel aan deze interviews hebben we een digitale enquête uitgezet onder 170 zorgaanbieders die zorg leveren aan rolstoelgebonden cliënten en/of kinderen. Deze lijst is gebaseerd op de instellingen die in het voorjaar van 2013 een aanvraag hebben gedaan bij de NZA voor verhoogde tarieven voor dit vervoer.

Uit informatie die we van de NZa hebben ontvangen blijkt dat in november 2012 356 (locaties van) zorgaanbieders een aanvraag hebben gedaan voor vervoer in de gehandicaptenzorg (de sector waarop dit onderzoek zich richt). Hiervan hebben 282 (locaties van) zorginstellingen (80%) een aanvraag gedaan voor nieuwe tarieven in mei 2013. Deze 282 instellingen hebben gezamenlijk 94% van het totale GZ-vervoersbudget aangevraagd[3], exclusief de verhoogde tarieven. Voor het uitzetten van de digitale enquête hebben we de lijst van 282 (locaties van) aanbieders teruggebracht tot de hoofdlocaties van deze zorgaanbieders (170).

Van 70 zorgaanbieders (41%) hebben we een ingevulde enquête ontvangen. Dit betekent dat de resultaten een betrouwbaarheid hebben van 90%. De voornaamste reden van non respons was de afwezigheid van betreffende deskundigen vanwege de

[3] We vergelijken hiervoor het totale GZ-vervoersbudget (excl. verhoogde tarieven) in mei 2013 aangevraagd door 282 aanbieders, met het totale GZ-vervoersbudget in november 2012.

zomervakantie. Uit de resultaten in hoofdstuk 3 blijkt, dat we met de respons van deze 70 aanbieders een eenduidig beeld hebben gekregen in de aard, omvang en urgentie van de knelpunten in het vervoer voor de twee cliëntgroepen (vanwege het eenduidige beeld was er geen noodzaak tot het verhogen van de respons). Tevens hebben we via deze zorgaanbieders inzicht gekregen in goede voorbeelden om de knelpunten te verminderen, waardoor we een compleet overzicht met maatregelen in deze rapportage kunnen opnemen.

Stap 3: Verkenning knelpunten in het vervoer bij overige betrokken partijen
Om inzicht te krijgen in knelpunten in het vervoer die andere betrokken partijen herkennen en ervaren hebben we zeven aanvullende interviews afgenomen. We spraken met drie vervoersbedrijven, twee zorgkantoren, de brancheorganisatie (VGN) en een cliëntenorganisatie. Met deze informatie hebben we een volledig beeld gekregen van het veld waarin deze vervoersknelpunten zich voordoen.

Stap 4: Rapportage en presentatie resultaten
De uitkomsten hebben we in deze rapportage verwerkt en in conceptvorm voorgelegd aan de NZa, waarna we nog enkele aanpassingen hebben gedaan. De rapportage geeft inzicht in de knelpunten als gevolg van de tariefmaatregel in het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen en beschrijft mogelijke oplossingen om deze knelpunten te verminderen.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft meer informatie over de aanleiding en achtergrond van dit onderzoek. In hoofdstuk 3 presenteren we informatie over knelpunten in het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen, waarna we aansluitend aandacht besteden aan mogelijkheden om deze knelpunten te verminderen. Tot slot formuleren we in hoofdstuk 4 enkele conclusies.

2. Achtergrond

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de aanleiding van dit onderzoek. Hiervoor beschrijven we allereerst de tariefmaatregel voor vervoer. Aansluitend gaan we beknopt in op de kenmerken van AWBZ-vervoer en overige vervoersvormen.

2.1 Tariefmaatregel

Tarieven in 2013

De contracteerruimte voor 2013 is met € 91 miljoen verlaagd in verband met de tariefmaatregel op medisch noodzakelijk vervoer van en naar de dagbesteding. Daarnaast is de mogelijkheid om kosten voor vervoer op te nemen in de nacalculatie geschrapt (hiermee is een bedrag van € 59 miljoen gemoeid). De taakstelling op vervoer bedraagt daarmee in totaal € 150 miljoen. Als gevolg van deze maatregel zijn de tarieven voor het medisch noodzakelijk vervoer van en naar de dagbesteding met gemiddeld 56% gekort.

Bij de budgetronde 2013 van 1 november 2012 hebben ruim 150 zorgaanbieders een beroep gedaan op de bevoegdheid van de NZa om van de geldende beleidsregels af te wijken en hogere tarieven vast te stellen (artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht). Deze zorgaanbieders verzochten om hogere tarieven voor het vervoer vanwege bijzondere omstandigheden en onevenredige gevolgen.

Op basis van de informatie uit deze verzoeken heeft de NZa in januari 2013 het ministerie van VWS geadviseerd middelen aan de contracteerruimte toe te voegen om zo de tarieven voor het vervoer van twee specifieke doelgroepen te verhogen. Het betreft het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen.

Voor deze twee aangepaste tarieven is - na de eerdere tariefmaatregel - aan de contracteerruimte eenmalig € 25 miljoen toegevoegd. Hiermee kan een tijdelijke verhoging van de tarieven voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen worden bekostigd. Met een extra budgetronde in mei 2013 zijn alle betreffende zorgaanbieders in de gelegenheid gesteld deze tijdelijk verhoogde tarieven aan te vragen.

De tarieven voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen zijn met dit bedrag vastgesteld op € 19,- per aanwezigheidsdag[4]. De tarieven voor het overige AWBZ-vervoer variëren van € 6,58 tot € 7,94 per aanwezigheidsdag.

Tarieven in 2014

Medio juni 2013 heeft de staatsecretaris van VWS de voorlopige contracteerruimte AWBZ voor 2014 bekendgemaakt[5]. De contracteerruimte 2014 is gebaseerd op de beschikbaar gestelde contracteerruimte 2013. De € 25 miljoen die in 2013 eenmalig voor vervoer is toegevoegd aan de contracteerruimte wordt hierop in mindering gebracht. De verhoogde tarieven (€ 19,- per aanwezigheidsdag) voor rolstoelgebonden

[4] Het eenmalige bedrag van € 25 miljoen is naar verwachting ontoereikend om aan alle aanvragen voor de verhoogde tarieven te voldoen. Dit betekent waarschijnlijk dat het werkelijke tarief onder € 19 uitkomt.

[5] www.nza.nl/137706/142055/567517/CA-300-593.pdf

cliënten en kinderen blijven in 2014 bestaan. Het zal blijken in hoeverre het mogelijk is om zonder de extra middelen in 2014 de tarieven van € 19,- per aanwezigheidsdag te kunnen garanderen.

2.2 Kenmerken van AWBZ-vervoer

Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het AWBZ-vervoer. Veel instellingen hebben ervoor gekozen om dit vervoer uit te besteden aan een vervoersbedrijf. De vervoerders van AWBZ-vervoer moeten voldoen aan de wettelijke eisen die gelden voor het taxivervoer, zoals het bezit van een rijbewijs en chauffeurspas. Ook moeten de vervoerders voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria, waaronder:

- TX-keur: het landelijke kwaliteitskeurmerk voor taxivervoer;
- Code VVR: code veilig vervoer rolstoelinzittenden.

Voor het AWBZ-vervoer worden meestal taxibussen ingezet, variërend van twee tot acht zitplaatsen. Voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten worden speciale rolstoelbussen ingezet.

Aanvullend aan de wettelijke eisen stellen zorginstellingen in het aanbestedingstraject vaak aanvullende eisen, zoals:

- Een vaste chauffeur en bij diens afwezigheid een vaste vervanger.
- De chauffeur moet beschikken over een EHBO-diploma en soms ook een verklaring omtrent gedrag.
- De chauffeur moet bekend zijn met de doelgroep.
- Maximale ritduur (enkele reis) variërend van 45 tot 75 minuten.
- (Real time) inzicht in de planning en uitvoering van de ritten, of periodiek een overzicht van de uitvoering (route, bezetting, kilometers, prijzen).
- Kwaliteitseisen vervoermiddel, bijvoorbeeld lage instap voor oudere cliënten.

Het AWBZ-vervoer vindt plaats van de woonlocatie van de cliënt naar de dagbestedingslocatie. De woonlocatie van de cliënt kan - naast de thuissituatie - ook een intramurale zorginstelling zijn. Ook kan er vervoer plaatsvinden op een instellingsterrein (indien zowel de woon- als de dagbestedingslocatie zich op hetzelfde terrein bevinden).

2.3 Overige vervoersstromen

Naast AWBZ-vervoer zijn er diverse andere vervoersstromen. Het merendeel hiervan wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de gemeente of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Omdat in de mogelijkheden voor de (re)organisatie van het AWBZ-vervoer deze vervoersstromen (deels) ter sprake komen geven we hieronder een opsomming van de overige vervoersvormen:

- Leerlingenvervoer: Vervoer van en naar school voor kinderen die niet zelfstandig naar school kunnen door bijvoorbeeld een handicap, en voor kinderen die naar het speciaal onderwijs gaan. Leerlingenvervoer valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente.
- Wmo-vervoer: Vervoer in de regio voor mensen die slecht ter been zijn en niet met het openbaar vervoer kunnen reizen (bijvoorbeeld de taxibus of een scootmobiel).

- Regiotaxi: Een vorm van openbaar vervoer, van deur tot deur en voor iedereen toegankelijk.
- Zittend ziekenvervoer: Vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten, die krachtens de zorgverzekering verzekerd zijn, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ. Het gaat om zowel vervoer per ambulance als vervoer per auto of openbaar middel (bus, taxi).
- Valys: sociaal-recreatief taxivervoer buiten de regio voor mensen met een mobiliteitsbeperking.
- Particulier (taxi)vervoer: taxivervoer voor particulieren, vervoer van en naar het vliegveld, busvervoer.

Voor de bovengenoemde vervoersstromen is in de meeste gevallen een indicatie nodig. Deze indicatie moet de cliënt aanvragen bij de gemeente. Daarnaast gelden speciale eisen en restricties bij de uitvoering van dit vervoer.

3. Knelpunten en maatregelen voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen

In dit hoofdstuk beschrijven we de knelpunten rondom het vervoer voor twee specifieke doelgroepen, rolstoelgebonden cliënten en kinderen. Hiervoor geven we eerst een beschrijving van deze doelgroep, vervolgens gaan we in op knelpunten specifiek voor deze doelgroepen. Aansluitend geven we een overzicht van (mogelijke) maatregelen die zorgaanbieders en andere partijen nemen om deze knelpunten te verminderen of op te lossen.

3.1 Doelgroepen

Rolstoelgebonden cliënten

Binnen de groep rolstoelgebonden cliënten kunnen we verschillende cliënten onderscheiden. De cliënten zijn allemaal rolstoelgebonden en - indien ze een indicatie voor dagbesteding en/of dagbehandeling hebben - aangewezen op rolstoelgebonden vervoer van en naar de dagbestedingslocatie. We onderscheiden drie cliëntgroepen.

Kinderen en volwassenen met een ernstig meervoudige complexe beperking
De cliënten in deze groep zijn ernstig meervoudig complex gehandicapt. Ze hebben een ernstige tot zeer ernstige verstandelijke beperking. Daarnaast zijn ze lichamelijk beperkt. Zelfstandig voortbewegen is niet of nauwelijks mogelijk. Vaak hebben ze ondersteuning en hulpmiddelen, zoals een rolstoel, nodig. De meeste cliënten kunnen slechts liggen of met veel steun zitten.

Volwassenen met een auditieve en/of visuele beperking, rolstoelgebonden
Mensen met ernstige fysieke/motorische beperkingen en meervoudige problemen op (bijna) alle levensgebieden. Deze cliënten vinden het moeilijk om regie te voeren over hun leven en ondervinden soms ook problemen bij communicatie. Daarnaast is hun mobiliteit beperkt vanwege de motorische en zintuiglijke beperkingen.

Mensen met niet aangeboren hersenletsel, rolstoelgebonden
Cliënten hebben weinig structuurvermogen en ziekte-inzicht en zijn daardoor moeilijk te benaderen door hulpverleners. Ze hebben beperkingen opgelopen door een gebeurtenis, zoals een ongeval of hersenbloeding, maar realiseren zich onvoldoende wat dit betekent voor hun functioneren. Dit heeft ook gevolgen voor hun sociale contacten; vanuit de omgeving wordt soms met onbegrip op deze cliënten gereageerd.

Kinderen

Binnen de doelgroep kinderen (0-18 jaar) kunnen we verschillende cliëntgroepen onderscheiden. De rolstoelgebonden kinderen positioneren we onder de doelgroep rolstoelgebonden cliënten, die we hierboven hebben beschreven.

Kinderen met ernstig probleemgedrag
De cliënten in deze groep hebben een matige of ernstige verstandelijke beperking waarbij de gedragsproblematiek voorop staat. Het kan daarbij gaan om ernstige vormen van autisme. Voor vrijwel alle cliënten in deze groep moet vervoer worden

georganiseerd. Sommige cliënten met gedragsproblematiek kunnen niet met andere cliënten worden vervoerd.

Kinderen met een auditieve of visuele beperking
Kinderen die vanwege hun zintuiglijke beperking niet kunnen deelnemen aan regulier onderwijs en daardoor naar een speciale vorm van onderwijs of dagbesteding moeten dat bovenregionaal is georganiseerd. Naast de zintuiglijke beperking zijn er bij het merendeel van de cliënten geen andere bijzondere omstandigheden.

Kinderen met een psychiatrische stoornis
Het merendeel van de kinderen in deze groep heeft AD(H)D en/of een autisme spectrum stoornis, al dan niet in combinatie met andere stoornissen. AD(H)D en PDD NOS komen vaak gecombineerd voor. Zowel de psychiatrische stoornis als ook de combinatie van deze stoornissen kan voor (ernstige) gedrags- en ontwikkelings-problemen zorgen[6]. Bij de kinderen komt ook vaak autisme voor in combinatie met een verstandelijke beperking.

Veel kinderen volgen speciaal onderwijs of hebben een 'rugzakje' en krijgen gespecialiseerde hulp op school of dagbesteding. Soms is sprake van uitval in het onderwijs en gedeeltelijke ontheffing van de leerplicht; deze jongeren volgen bij volledige leerplichtontheffing geen onderwijs meer en krijgen AWBZ-zorg ter vervanging van onderwijs, naast zorg in en buiten de thuissituatie. Bij gedeeltelijke ontheffing is de school verantwoordelijk voor het bieden van een alternatief voor de momenten dat geen onderwijs wordt gevolgd.

Kinderen met een verstandelijke beperking
De kinderen in deze cliëntgroep variëren van kinderen van 1 tot 2 jaar - waarvan de diagnose nog niet helder is en waar nog veel ontwikkeling in zit – tot jongeren van 17 en 18 jaar – waar meer wordt gewerkt aan het toekomstperspectief en waar het gedrag nogal eens voor problemen zorgt. De verstandelijke beperking kan zijn gecombineerd met lichamelijke problematiek, gedragsproblematiek of bijvoorbeeld autisme of andere psychiatrische problematiek.

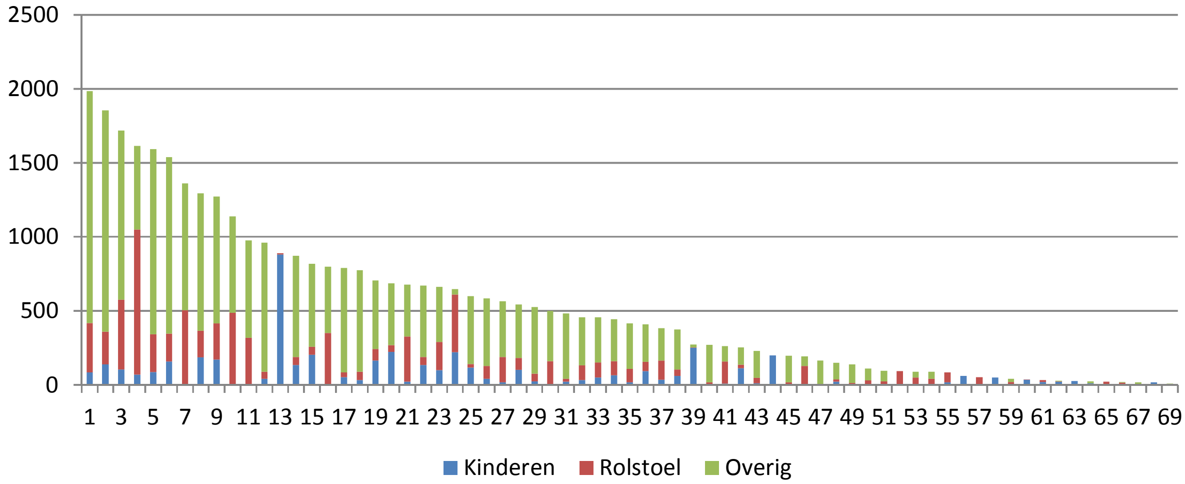
Het gaat in deze cliëntgroep om kinderen met een matige of ernstige verstandelijke beperking die ondersteuning krijgen in de gezinssituatie (opvoedondersteuning), op een KDC en in het kader van BSO, vakantieopvang en logeren. Het merendeel van de jongeren bezoekt speciaal onderwijs, bijvoorbeeld een ZMLK school.

3.2 Inventarisatie knelpunten
In deze paragraaf gaan we in op de knelpunten in het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen. Hierbij geven we eerst een beeld van de aard en omvang van de zorginstellingen en de organisatie van vervoer, gebaseerd op de zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld. Aansluitend gaan we in op de inventarisatie van de knelpunten in het vervoer.

[6] Hierdoor ontstaat er enige overlap met de doelgroep kinderen met ernstig probleemgedrag.

Aard en omvang zorginstellingen

In totaal hebben 70 zorginstellingen de enquête ingevuld en teruggestuurd[7]. Op basis van deze resultaten kunnen we een beeld geven van de zorginstellingen die vervoer leveren aan rolstoelgebonden cliënten en kinderen. Figuur 1 geeft een overzicht van het aantal cliënten dat zorg ontvangt binnen deze instellingen, inclusief het aandeel rolstoelgebonden cliënten en kinderen.



Figuur 1: Aantal cliënten per zorginstelling

Uit figuur 1 blijkt dat de grootte van de zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld varieert van 8[8] tot 1.968 cliënten. Gemiddeld is 23% van het totaal aantal cliënten per zorginstelling kinderen, en 24% rolstoelgebonden. Dit percentage verschilt per instelling. Er zijn enkele instellingen die enkel zorg leveren aan rolstoelgebonden cliënten en of kinderen, zoals instelling 13 en 24 uit de figuur. Van het totaal aantal cliënten dat in deze instellingen zorg ontvangt is ruim 34% rolstoelgebonden en/of kind.

Van de 69 respondenten is bij 21 instellingen de helft of meer cliënten rolstoel-gebonden of kinderen. Daarnaast is voor tien instellingen het percentage rolstoelgebonden cliënten of kinderen lager dan 20% van het totaal aantal cliënten. Deze percentages, evenals het absolute aantal rolstoelgebonden cliënten en kinderen per instelling, zijn mogelijk van invloed op de overige antwoorden van deze instellingen.

Organisatie van vervoer

Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het AWBZ-vervoer. Een groot deel van de instellingen heeft het vervoer uitbesteed aan vervoersbedrijven. Uit de enquête blijkt dat ongeveer 80% van de respondenten (56 van de 70) het

---

[7] Eén instelling heeft onjuiste cliëntaantallen ingevuld, deze hebben we uitgesloten in de analyse van de aantallen.

[8] Dit verschil kan verklaard worden doordat enkele instellingen alleen de gegevens (en aantal cliënten) van de locatie met rolstoelgebonden cliënten en/of kinderen hebben aangeleverd.

vervoer heeft uitbesteed. Daarnaast heeft een aantal instellingen een deel van het vervoer uitbesteed en een deel van het vervoer in eigen beheer.

De instellingen die het vervoer hebben uitbesteed hebben gemiddeld met twee vervoerders een contract afgesloten. Enkele instellingen hebben met meer vervoers-bedrijven contractafspraken. Eén instelling heeft met 13 vervoersbedrijven contractafspraken.

Bij het aanbesteden van het vervoer maakt de zorginstelling diverse (kwaliteits-) afspraken. Uit de respons van de enquête blijken dit onder meer de volgende afspraken te zijn.

(Kwaliteits-) afspraken	Percentage van zorginstellingen
Eisen vervoerder (bereikbaarheid, overleg, registratie e.d.)	43%
Eisen chauffeurs (opleidingsniveau, gedragsregels, bekendheid met doelgroep, vaste chauffeur e.d.)	55%
Eisen voertuigen (wettelijke veiligheidseisen, veilig vastzetten rolstoelen en zitplaatsen e.d.)	43%
Afspraken bezetting (maximale groepsgrootte, kinderen en volwassenen bij elkaar)	50%
Afspraken reis- en haal-/brengtijden (maximale reistijd, afmelden, aanrijtijd, wachttijd e.d.)	79%

Tabel 1. Genoemde kwaliteitseisen en - afspraken

Naast deze afspraken worden ook, op verschillende manieren, prijsafspraken gemaakt. De kosten voor het vervoer worden veroorzaakt door vier parameters:
- Reisafstand (brandstof)
- Vervoermiddel (afschrijving)
- Reistijd (chauffeur)
- Kwaliteits- en opleidingseisen

De prijsafspraken variëren van een vaste prijs per rit, een vaste prijs per cliënt of vaste prijzen per vervoermiddel. Daarnaast zijn er zorginstellingen die flexibele prijsafspraken maken, zodat bij mutaties zoals afwezigheid van cliënten de kosten niet worden doorberekend.

Uit de verdiepende interviews blijkt tevens dat de zorginstellingen steeds nauwer samenwerken met de vervoersbedrijven. Samen met de vervoerders kijkt men naar mogelijkheden om het vervoer efficiënter te organiseren. Op deze manier wordt ook gekeken naar mogelijkheden om het vervoer voor meerdere zorgaanbieders te combineren en als zorgaanbieder met een beperkt aantal vervoersbedrijven contracten af te sluiten.

Knelpunten

Van de 70 zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld hebben 64 instellingen (91%) gebruikgemaakt van de mogelijkheid om de nieuwe tarieven voor het vervoer

van kinderen en rolstoelgebonden cliënten aan te vragen. 67 instellingen geven aan dat ze knelpunten ervaren bij het uitvoeren van het vervoer voor deze cliënten.

De instellingen die we hebben geïnterviewd hebben allemaal gebruikgemaakt van de tariefaanvraag. Hierbij geven ze aan dat de nieuwe tarieven niet kostendekkend zijn voor de uitvoering van het vervoer (van rolstoelgebonden cliënten, kinderen en overige cliënten), ook niet als de organisatie en uitvoering van het vervoer wordt geoptimaliseerd.

Zowel met behulp van de digitale enquête als de verdiepende interviews met zorginstellingen hebben we de huidige (en toekomstige) knelpunten geïnventariseerd. Zie tabel 2 voor de resultaten van de inventarisatie vanuit de enquête. Hierin hebben we per knelpunt aangegeven welk percentage van de zorginstellingen dit knelpunt wel, niet of deels ervaart. Daarbij maken we onderscheid tussen de knelpunten voor rolstoelgebonden cliënten en knelpunten in het vervoer van kinderen.

	Ja, voor een groot deel van deze cliënten		Ja, voor een klein deel van deze cliënten		Nee, voor vrijwel geen van deze cliënten	
	Rolstoel	kind	Rolstoel	kind	rolstoel	kind
Het zorgaanbod voor deze cliënten is vaak regionaal georganiseerd waardoor de reisafstand lang is	58%	66%	32%	9%	10%	26%
Er is voor deze cliënten geen andere passende (dagbestedings-) locatie dichterbij beschikbaar	59%	63%	25%	10%	16%	27%
Er worden specifieke (kwaliteits-) eisen gesteld aan het vervoermiddel	68%	49%	17%	13%	14%	39%
Er worden specifieke (kwaliteits-) eisen gesteld aan de chauffeur	67%	61%	20%	10%	13%	29%
Het is niet mogelijk om het vervoer van deze cliënten te combineren met vervoer van andere doel-groepen	46%	44%	36%	21%	17%	34%
Het vervoer vindt plaats vanuit de thuissituatie van de cliënt, waar-door de reisafstand lang(er) is en minder efficiënt kan worden georganiseerd	62%	67%	29%	11%	9%	21%
De maximaal mogelijke reistijd voor deze cliënten ligt lager dan voor cliënten in andere doel-groepen	28%	33%	38%	23%	35%	44%

Tabel 2. Knelpunten rolstoelgebonden cliënten GHZ (incl. rolstoelgebonden kinderen) en kinderen N=69

Regiofunctie

Uit de enquête blijkt dat 58% van de instellingen voor een groot deel van de cliënten knelpunten ervaart in het rolstoelgebonden vervoer als gevolg van het regionaal georganiseerde zorgaanbod. Voor het vervoer van kinderen ervaart 66% van de zorginstelling dit knelpunt voor een groot deel van de cliënten.

In het verleden werden zorginstellingen gestimuleerd om een regionale functie te beoefenen. Dit geldt met name voor een aantal specifieke doelgroepen, zoals EMG-kinderen. Voor deze doelgroepen zijn specifieke voorzieningen noodzakelijk (zoals aangepast sanitair, tilliften, prikkelarme ruimtes), die - indien ze lokaal moeten worden gerealiseerd - niet rendabel zijn vanwege de beperkte omvang van de doelgroep.

Als gevolg van deze regionale organisatie zijn de vervoersafstanden die deze cliënten afleggen vaak langer dan de gemiddelde vervoersafstanden. Dit heeft direct effect op de reistijd van en naar de dagbestedingslocatie, maar ook op de bezetting van het vervoersmiddel (relatief lage bezetting).

Passende dagbesteding

Uit de enquête blijkt dat 59% van de instellingen voor een groot deel van de cliënten knelpunten ervaart in het rolstoelgebonden vervoer, omdat er geen passende dagbestedingslocatie dichterbij is. Voor het vervoer van kinderen ervaart 63% van de zorginstelling dit knelpunt voor een groot deel van de cliënten.

Aanbieders zijn verplicht om kwalitatief verantwoorde basiszorg te bieden die doelmatig moet zijn. De cliënt moet meewerken aan de doelmatige invulling. Daarbij heeft de zorgaanbieder de plicht om passende zorg zoals in de indicatie staat aan te bieden zonder meerkosten voor de cliënt. Als daaraan wordt voldaan, is er vanuit de regelgeving geen bezwaar om extra wensen van de cliënt die boven de basiszorg uitstijgen en de aanbieder niet bekostigd krijgt vanuit de AWBZ, tegen bijbetaling (op basis van kostprijs) aan te bieden. Het CVZ wil de ruimte voor individuele afspraken behouden en daarom geen exacte invulling aan de aanspraken geven. Voor de aanspraken met betrekking tot vervoer geldt dezelfde gedachte.[9]

Voor specifieke doelgroepen, waaronder rolstoelgebonden cliënten en kinderen is het zorgaanbod regionaal georganiseerd, wat impliceert dat er geen passende dag-bestedingslocatie dichterbij is.

Kwaliteitseisen vervoersmiddel

Eén van de knelpunten die uit de hoorzittingen naar voren is gekomen is dat het vervoersmiddel aan specifieke kwaliteitseisen moet voldoen, waardoor de kosten van het vervoer stijgen. Uit de enquête blijkt dat 68% van de instellingen dit knelpunt ervaart voor een groot deel van zijn rolstoelgebonden cliënten, 47% van de instellingen ervaart dit knelpunt voor een groot deel van de kinderen.

Voor het vervoeren van rolstoelgebonden cliënten worden speciale rolstoelbussen ingezet. Deze bussen zijn uitgerust met een laadklep om de rolstoelen in- en uit te laden. Daarnaast kunnen de rolstoelen in deze bussen worden vastgezet. Er worden

---

[9] www.vgn.nl/artikel/14526

speciale kwaliteitseisen gesteld aan rolstoelbussen (code VVR). Deze specifieke kwaliteitseisen brengen extra kosten met zich mee voor het vervoer van deze cliënten.

Voor kinderen worden minder specifieke eisen aan het vervoersmiddel gesteld. Wel zijn er bijvoorbeeld stoelverhogers over driepuntsgordels nodig om de kinderen veilig te kunnen vervoeren.

(Kwaliteits-)eisen chauffeur

Een groot deel van de instellingen (67% voor rolstoelgebonden cliënten en 61% voor kinderen) geeft aan dat extra kosten ontstaan door de kwaliteitseisen waaraan de chauffeur moet voldoen. Tevens moeten de chauffeurs over aanvullende competenties beschikken, waardoor deze chauffeurs minder flexibel zijn in te zetten.

Chauffeurs van rolstoelbussen moeten over aanvullende opleidingseisen voldoen. Daarnaast moeten ze extra handelingen verrichten voor het inladen en vastzetten van rolstoelgebonden cliënten waardoor de ritten meer tijd kosten. De doelgroep heeft vaak stabiliteit en herkenning nodig. Voor deze cliënten betekent dit dat dezelfde routes gereden moeten worden, dezelfde cliënten tijdens de rit, maar ook herkenning van de chauffeur. Hierdoor is het lastig verschillende chauffeurs in te zetten voor dezelfde routes, wat kan zorgen voor minder flexibiliteit bij het plannen van de verschillende vervoersstromen.

De extra kwaliteitseisen, aanvullende competenties en verlies aan flexibiliteit door de inzet van specifieke chauffeurs leidt tot hogere kosten van het vervoer voor deze doelgroepen.

Combineren vervoer met andere doelgroepen

Door de complexiteit van de problematiek bij deze doelgroepen is er relatief veel ziekte en afwezigheid bij de dagbesteding. Dit leidt tot onvoorziene mutaties in de bezetting van de dagelijkse vervoersstromen. Veel operationele mutaties zorgen voor minder efficiënte routes. De bezetting van het vervoermiddel wordt lager, of de af te leggen route verandert. Tevens is het hierdoor lastig om het vervoer te combineren met geplande vervoersstromen (met weinig mutaties).

Binnen de doelgroep rolstoelgebonden cliënten en kinderen komt gedrags-problematiek (bijvoorbeeld autisme) relatief vaker voor dan bij andere doelgroepen (zoals ouderen). Hierdoor is het vervoer minder flexibel te organiseren. Kinderen en volwassenen met gedragsproblemen kunnen voor onrust zorgen bij andere cliënten. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot ongewenste lichamelijke interactie. Daarnaast worden voor deze situaties aanvullende competenties van de chauffeur gevraagd, evenals de vraag om vaste chauffeurs tijdens het vervoer (zie één van de vorige knelpunten).

Naast gedragsproblematiek lopen vervoersstromen voor kinderen vaak anders dan het reguliere AWBZ-vervoer. Naast het vervoer vanaf de thuissituatie worden kinderen ook vervoerd naar de BSO, het logeeradres en het speciaal onderwijs. Voor deze vervoersvormen gelden speciale eisen en bestaan verschillende methoden van financiering. Het bestaan van deze verschillende regelingen maakt de organisatie van het vervoer van kinderen complexer dan het vervoer voor andere doelgroepen en belemmert een optimalisatie van het vervoer voor deze doelgroep.

Vervoer van en naar de thuissituatie
Eén van de knelpunten die naar voren is gekomen is het feit dat het vervoer vanuit de thuissituatie plaatsvindt, waardoor de reistijd lang is en minder efficiënt te organiseren. Uit de enquête blijkt dat 62% van de instellingen dit knelpunt ervaart voor een groot deel van zijn rolstoelgebonden cliënten, 67% van de instellingen ervaart dit knelpunt voor een groot deel van de kinderen.

Voor rolstoelgebonden cliënten is de tijd om in en vast te zetten langer dan cliënten die mobiel zijn. Dit betekent automatisch dat de reistijd langer wordt, ook voor cliënten die op dat moment al in het vervoermiddel aanwezig zijn.

Voor kinderen geldt dat het merendeel (circa 88% van het totaal aantal kinderen dat wordt vervoerd) in de thuissituatie (extramuraal) verblijft en iedereen dus op een ander adres moet worden opgehaald. Ter vergelijking, 48% van de rolstoelgebonden cliënten uit de deelnemende zorginstellingen verblijft extramuraal en 42% van de overige cliënten. Indien cliënten in een instelling verblijven is de woonlocatie gelijk, waardoor meer cliënten vanaf hetzelfde adres kunnen worden vervoerd.

Maximale reisafstand
Voor het vervoer van cliënten van- en naar de dagbestedingslocaties maken de zorginstellingen afspraken met vervoerders over de maximale reistijd voor individuele cliënten. Eén van de knelpunten die tijdens de hoorzittingen naar voren is gekomen is dat de maximale reistijd voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen korter moet zijn dan voor overige cliënten. Uit de enquête blijkt dat binnen dit knelpunt minder onderscheid wordt gemaakt tussen deze cliëntgroepen en de overige cliëntgroepen. Circa 30% van de instellingen geeft aan dat dit knelpunt voor een groot deel van zijn rolstoelgebonden cliënten en/of kinderen geldt. Een aantal instellingen geeft hierbij aan dat het met name voor cliënten met hersenletsel zeer belastend is om langer te reizen.

3.3 Verbetermogelijkheden in de organisatie van het vervoer
Door de tariefmaatregel voor vervoer heeft het ministerie van VWS een prikkel geïntroduceerd om het AWBZ-vervoer efficiënter te organiseren. In het verleden ontbrak de (financiële) noodzaak om hier kritisch naar te kijken. Via de digitale enquête en de interviews hebben de betrokken partijen aangegeven dat ze diverse mogelijkheden zien om tot verbetering te komen.

De betrokken partijen zien de urgentie van het optimaliseren van het vervoer. Veel instellingen zijn hier dan ook, samen met vervoerders, reeds mee bezig. Hierbij geeft men aan dat de tariefmaatregel een belangrijke prikkel is, maar dat de veranderingen en maatregelen niet ten koste moeten gaan van de kwaliteit van de zorg en het vervoer. De snelheid waarmee de zorginstellingen maatregelen moeten nemen en doorvoeren kunnen wel ongewenste consequenties hebben.

Om grip te krijgen op de vervoersproblematiek en zicht op het effect van mogelijke verbetervoorstellen is goede kennis en inzicht in het huidige vervoersproces (met wie heb ik contractafspraken, wat is de inhoud van deze afspraken, welke cliënten worden vervoerd, hoe verloopt dit vervoer, et cetera) noodzakelijk. Door dit inzicht is het mogelijk om te bepalen waar mogelijke bottlenecks, en dus ook verbeter-

punten zitten. Tevens dient periodiek een evaluatie en bijsturing plaats te vinden. Ook hiervoor is inzicht noodzakelijk. Deze inzichten leiden tot bewustwording van de situatie. Er moeten duidelijke afwegingen worden gemaakt tussen (medisch) noodzakelijk vervoer en de kosten hiervoor.

In deze paragraaf beschrijven we de maatregelen die genomen kunnen worden (en voor een deel al genomen zijn) om het vervoer voor deze doelgroepen efficiënter te organiseren. Deze maatregelen gelden niet specifiek voor de rolstoelgebonden cliënten en kinderen, maar zijn ook toepasbaar in de organisatie van het vervoer voor de overige doelgroepen. Na een korte beschrijving van de inhoud van de diverse maatregelen geven we aan in welke mate deze wel of niet toepasbaar zijn voor de twee specifieke doelgroepen.

Dagbesteding dichterbij

Eén van de aspecten die invloed heeft op de kosten van het vervoer is de lengte van de rit. Om de vervoersafstand te verkorten moet gekeken worden naar de mogelijkheid om passende dagbesteding dichterbij de woonlocatie van de cliënt te organiseren. Hiervoor zijn door de zorginstellingen diverse mogelijkheden aangegeven:

- Veel zorginstellingen beschikken over diverse locaties waar dagbesteding wordt geboden. In overleg met cliënten worden zij geplaatst op een locatie dichter bij het woonadres.
- Daarnaast kan dit betekenen dat een cliënt mogelijk dichterbij op een locatie van een andere zorgaanbieder zorg kan afnemen.
- Door dagbesteding niet meer doelgroepgericht aan te bieden maar postcode-gericht kunnen cliënten mogelijk dichterbij de woonlocatie naar de dagbesteding.
- Door meer inzicht in de woonlocaties van cliënten te krijgen kan het efficiënt zijn om een dagbestedingslocatie te openen in bijvoorbeeld een wijk waar veel cliënten woonachtig zijn.

Het hanteren van een afstandslimiet voor de afstand tussen de woonlocatie en dagbestedingslocatie kan betekenen dat de keuzevrijheid van de cliënt kleiner wordt.

Uit de respons van de enquête blijkt dat deze maatregelen voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen maar beperkt toepasbaar zijn. De dagbestedingslocaties voor rolstoelgebonden cliënten zijn voor deze cliënten aangepast, dit heeft vaak veel geld gekost. Daarnaast kan in bepaalde situaties in overleg met de cliënt gekeken worden naar rolstoelvriendelijke locaties dichterbij de woonlocatie van de cliënt Voor kinderen zijn de dagbestedingslocaties regionaal georganiseerd om de noodzakelijke deskundigheid te kunnen garanderen. Door deze zorg kleinschaliger te organiseren en aan te bieden wordt de omvang van de groep te klein waardoor het niet mogelijk is om deze zorg efficiënt en kwalitatief goed te kunnen leveren.

Bezettingsgraad

Een tweede aspect dat invloed heeft op de kosten van het vervoer is (de bezettingsgraad van) het vervoersmiddel. Hoe hoger de bezettingsgraad van het vervoersmiddel, hoe lager de uiteindelijke kosten voor de vervoerder en zorginstelling. Dit is voor zorginstellingen deels afhankelijk van de afspraken die ze

hebben gemaakt met de vervoerder, dit kunnen namelijk ook vaste ritprijzen per vervoermiddel zijn.

Om de bezettingsgraad van het vervoermiddel te verhogen kunnen de volgende maatregelen worden genomen:

- Cliënten niet meer halve dagen naar de dagbesteding. Dit betekent dat er alleen 's ochtends en 's middags cliënten vervoerd worden. Indien het zorginhoudelijk voor een cliënt niet mogelijk is om hele dagen naar de dagbesteding te gaan, is het mogelijk om deze cliënten zoveel mogelijk op dezelfde halve dag te laten komen, zodat het vervoermiddel zo goed mogelijk bezet is. Het aanbieden van hele dagen heeft naast een verhoging van de bezettingsgraad ook positieve gevolgen voor het aantal vervoersbewegingen.
- Naast de vervoersbewegingen tussen de woonlocatie en de dagbestedingslocatie zijn er cliënten die tussentijds worden vervoerd. Dit zijn vervoersbewegingen naar bijvoorbeeld andere activiteitencentra of uitstapjes voor cliënten. Dit betreft dus geen vervoer vanaf de woonlocatie van de cliënt. Door deze te verminderen zal het aantal vervoersbewegingen afnemen, met een positief effect op de totale vervoerskosten.
- Kritisch kijken naar het vervoersschema. In bepaalde gevallen kunnen de routes aangepast worden zodat de bezetting in de bus hoger wordt. Dit kan voor bepaalde cliënten wel betekenen dat ze langer in de bus moeten zitten.
- Openingstijden van de dagbesteding verruimen. Op deze manier wordt het mogelijk dat één taxibus eerst voor het leerlingenvervoer wordt ingezet en aansluitend voor AWBZ-vervoer of dat voor het AWBZ-vervoer een "extra lus" gereden wordt (terwijl daarvoor in de huidige situatie twee verschillende taxibusjes tegelijkertijd worden ingezet). Dit kan als gevolg hebben dat de organisatie van de zorg (zowel extramuraal als de zorg die geleverd wordt op de dagbestedingslocatie) hierop aangepast moet worden. De thuiszorg kan bijvoorbeeld op andere tijden plaatsvinden omdat de cliënt eerder naar de dagbesteding gaat. Daarnaast moet de dagbestedingslocatie meer personeel inzetten om de langere openingstijden te kunnen realiseren (dit betekent een verhoging van kosten voor de personeelsinzet).
- Met nieuwe cliënten worden in overleg de dagen bepaald waarop ze naar de dagbesteding gaan, waarbij rekening wordt gehouden met het vervoer, zodat een optimale bezetting kan worden behaald.

Een deel van deze maatregelen is ook van toepassing voor het vervoer van rolstoelgebonden cliënten en kinderen. Echter, voor een deel van deze cliënten is het zorginhoudelijk niet mogelijk om een hele dag naar de dagbesteding te gaan of langer naar de dagbesteding te moeten reizen. Dit geldt met name voor mensen met hersenletsel. Daarnaast zijn er een aantal uitzonderingssituaties waarin cliënten individueel of in klein verband vervoerd moeten worden. Met name bij kinderen kan sprake zijn van (zeer) ernstige gedragsproblemen waardoor het niet mogelijk is om hen met anderen te vervoeren en een lage bezettingsgraad onvermijdelijk is.

Samenwerken en afspraken

Veel zorgaanbieders bekijken samen met de vervoerder of deze kan rijden voor een lager tarief, of door aanpassingen in bijvoorbeeld planning of organisatie efficiency-winst kan boeken. Ook een goede controle en aansturing van de vervoerder kan bij

zorgaanbieders resulteren in een besparing op de vervoerkosten. Hierbij kijken aanbieders ook kritisch naar verschillen tussen de vervoerders, wat vaak leidt tot een vermindering of verandering van het aantal vervoerders waarmee men een contract afsluit.

Naast het herzien van afspraken met vervoersbedrijven wordt ook de mogelijkheid tot samenwerken met andere zorgaanbieders onderzocht. In deze samenwerking wordt gekeken of er mogelijk vervoersstromen van de verschillende zorginstellingen kunnen worden gecombineerd, om zo tot efficiënter vervoer te komen.

Uit de enquête en interviews blijkt dat het merendeel van de zorginstellingen nauw contact heeft met de vervoerders en samen de mogelijkheden voor goedkoper vervoer bekijkt. De samenwerking met andere zorgaanbieders is in veel gevallen nog niet opgezet. De reden die hiervoor wordt gegeven is dat voor de twee doelgroepen de dagbestedingslocaties vaak ver uit elkaar liggen (vanwege het beperkte, maar regionale aanbod), en dat het vervoer nauwelijks gecombineerd kan worden zonder de reistijd te verlengen.

Inzet vrijwilligers

Een derde aspect dat invloed heeft op de kosten van het vervoer is de inzet van de chauffeur. Hoe langer de reistijd en hoe meer ritten er gemaakt worden, hoe hoger de kosten van de chauffeur. Daarnaast moeten chauffeurs over specifieke competenties, maar ook kwaliteitseisen beschikken, welke aanvullende kosten met zich meebrengen. Doordat rolstoelen steeds meer op maat gemaakt worden, moet ook de chauffeur hier continu van op de hoogte blijven (bijvoorbeeld vastzet-systemen).

Om deze kosten te verlagen kiezen enkele zorginstellingen ervoor om het vervoer uit te laten voeren door vrijwilligers. Deze zorginstellingen hebben het vervoer dan in eigen beheer. Ook voor de begeleiding tijdens het vervoer worden vrijwilligers ingezet. Daarnaast schakelen zij ouders van kinderen of mantelzorgers in om de cliënt (eventueel in uitzonderingssituaties) van en naar de dagbesteding te vervoeren.

Deze maatregel is zowel voor rolstoelgebonden cliënten als kinderen beperkt toepasbaar. Voor het vervoeren van rolstoelgebonden cliënten moeten chauffeurs over specifieke opleidingseisen beschikken, evenals aangepast vervoer. Om de kwaliteit en veiligheid van dit vervoer te garanderen dient aan deze eisen voldaan te worden. Voor het vervoer van kinderen wordt in de enquête aangegeven dat ouders hier voor een deel een rol in kunnen spelen. Dit geldt echter niet voor het vervoer van kinderen met complexe, meervoudige problematiek. Voor het vervoer van deze kinderen geldt dat er specialistische, medische begeleiding nodig is. Het inzetten van vrijwilligers hiervoor kan negatieve consequenties hebben voor de kwaliteit en veiligheid van het vervoer.

Eigen bijdrage

Naast het terugdringen van de kosten door een andere organisatie en uitvoering van het vervoer wordt door enkele instellingen aangegeven dat ze mogelijk een eigen bijdrage van de cliënt gaan vragen om het vervoer te kunnen blijven uitvoeren. Deze

eigen bijdrage kan (standaard) worden ingevoerd voor elke cliënt, maar er zijn ook zorginstellingen die de hoogte van de eigen bijdrage baseren op de lengte van de rit, of een overschrijding van de maximale reisafstand (is voor een cliënt mogelijk om naar een dagbestedingslocatie dichterbij te gaan, maar als hij de voorkeur geeft aan een locatie die op grotere afstand ligt, kan voor deze aanvullende afstand extra kosten bij de cliënt in rekening worden gebracht).

Deze maatregel is voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen mogelijk. Echter, de zorginstellingen geven in de enquête en tijdens de interviews wel aan dat deze maatregel niet direct genomen gaat worden, maar dat ze eerst kijken of de andere maatregelen kunnen leiden tot voldoende kostenbesparing.

Centrale regie en uitvoering

Op dit moment zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor het uitvoeren van het vervoer voor hun eigen cliënten. Het combineren van het AWBZ-vervoer voor cliënten uit meerdere instellingen, evenals het combineren met andere vormen van vervoer, kan leiden tot lagere vervoerskosten.

Om dit te realiseren is het wenselijk om alle vervoersvragen te bundelen, zodat hier centrale regie ontstaat. Vanuit dit regiecentrum kunnen vervoersvragen worden gecombineerd en kan het vervoer efficiënter worden georganiseerd. Gelet op de toekomstige ontwikkelingen (het extramurale AWBZ-vervoer valt vanaf januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeente, evenals een aantal andere vervoersstromen, zie hoofdstuk 2), zijn de financieringsvormen van de verschillende vervoersstromen meer gestroomlijnd. Hierdoor is het mogelijk om ook in de uitvoering naar combinaties te zoeken.

In de enquête en de interviews plaatsen de betrokken partijen een aantal kanttekeningen bij deze ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen worden deels positief, maar ook deels negatief beoordeeld:

- Het AWBZ-vervoer voor deze doelgroepen is minder planbaar dan de overige vervoersstromen. Het combineren van deze vervoersstromen kan negatieve (plannings-) effecten hebben op de overige vervoersbewegingen, omdat deze vervoersstromen, welke nu efficiënt en gestructureerd worden ingepland, worden beïnvloed door de hoge mutatiegraad van het AWBZ-vervoer.
- Het beleggen van de regie en uitvoering bij een centrale partij resulteert vaak in langere lijnen in het contact tussen de zorgaanbieder en de vervoerder. In het AWBZ-vervoer, waar veel mutaties plaatsvinden, zorgt deze afstemming (de korte lijnen) er vaak voor dat ondanks de hoge mutatiegraad het vervoer (waar mogelijk) efficiënt wordt geregeld.
- Het combineren van verschillende vervoersvormen levert schaalvoordelen in de uitvoering. Bij het stellen van de juiste randvoorwaarden levert dit naar verwachting een besparing in de kosten van het vervoer.
- Kinderen maken momenteel vaak gebruik van diverse vervoersregelingen, die onderling niet op elkaar zijn afgestemd. Hierdoor zit er nog veel inefficiëntie in het systeem. Door centrale regie op alle vervoersbewegingen in een regio kan meer efficiëntie worden bereikt.

Overige maatregelen

Naast de beschreven maatregelen zijn er enkele andere maatregelen die organisaties nemen om het totale vervoer efficiënter te organiseren:

- Het eigen vervoer stimuleren.
- Het geven van OV-trainingen om de zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren zodat ze met het openbaar vervoer kunnen reizen.
- Technische ondersteuning en/of inzet van domotica in het vervoer (bijvoorbeeld GPS voor het signaleren van cliënten die zelfstandig naar de dagbesteding gaan).
- Vaste op- en uitstapplaatsen creëren.
- OV-fietsen en of elektrische fietsen inzetten.
- In gesprek gaan/blijven met cliënten en hun vertegenwoordigers om bewustwording en begrip te creëren voor de situatie en te zoeken naar passende maatregelen.
- Kritisch kijken naar de aanspraken voor vervoer, zodat het volume wordt beperkt tot de cliënten die het vervoer daadwerkelijk nodig hebben.
- Kritisch kijken naar de declaratie van vervoer, waarbij declaratie alleen mogelijk is voor cliënten die daadwerkelijk gebruikmaken van vervoer.

Ook het merendeel van deze maatregelen is in uitzonderingsgevallen van toepassing voor de twee cliëntgroepen. Voor de rolstoelgebonden cliënten zijn deze mogelijkheden beperkt vanwege de noodzakelijk aanpassingen waarover het vervoersmiddel moet beschikken. Voor kinderen zijn deze mogelijkheden erg afhankelijk van de individuele mogelijkheden en beperkingen van het betreffende kind.

4. Conclusie

Door de tariefmaatregel voor vervoer is een prikkel geïntroduceerd om het AWBZ-vervoer efficiënter te organiseren. In het verleden ontbrak de (financiële) noodzaak om hier kritisch naar te kijken. De betrokken partijen zien de urgentie van het optimaliseren van het vervoer en zijn hier dan ook, samen met vervoerders, reeds mee bezig.

Door het treffen van verschillende maatregelen worden de vervoerskosten lager, maar verwachten diverse zorgaanbieders dat ze niet uitkomen met de nieuwe vervoerstarieven. Voor de rolstoelgebonden cliënten en kinderen zijn er verschillende redenen waardoor het minder eenvoudig is om maatregelen te treffen om het vervoer efficiënter te organiseren:

- Regiofunctie. Voor deze doelgroepen zijn specifieke voorzieningen noodzakelijk (zoals aangepast sanitair, tilliften, prikkelarme ruimtes), die indien ze lokaal moeten worden gerealiseerd niet rendabel zijn, vanwege de beperkte omvang van de doelgroep (58% van de instellingen ervaart dit als knelpunt voor een groot deel van de rolstoelgebonden cliënten en 66% voor een groot deel van de kinderen).
- Kwaliteitseisen vervoersmiddel. Er worden speciale kwaliteitseisen gesteld aan rolstoelbussen (code VVR). Deze specifieke kwaliteitseisen brengen extra kosten met zich mee voor het vervoer van deze cliënten (68% van de instellingen ervaart dit als knelpunt voor een groot deel van de rolstoelgebonden cliënten en 47% voor een groot deel van de kinderen).
- (Kwaliteits-)eisen chauffeur. De extra kwaliteitseisen, aanvullende competenties en verlies aan flexibiliteit door de inzet van specifieke chauffeurs leidt tot hogere kosten van het vervoer voor deze doelgroepen (67% van de instellingen ervaart dit als knelpunt voor een groot deel van de rolstoelgebonden cliënten en 61% voor een groot deel van de kinderen).
- Combineren van vervoer met andere doelgroepen. Door de complexiteit van de problematiek bij deze doelgroepen is er relatief veel ziekte en afwezigheid bij de dagbesteding. Daarnaast komt gedragsproblematiek (bijvoorbeeld autisme) relatief vaker voor dan bij andere doelgroepen, zoals ouderen (46% van de instellingen ervaart dit als knelpunt voor een groot deel van de rolstoelgebonden cliënten en 44% voor een groot deel van de kinderen).
- Vervoer van en naar de thuissituatie. Het vervoer vindt in grote mate vanuit de thuissituatie plaats, waardoor de reistijd lang is en minder efficiënt kan worden georganiseerd(62% van de instellingen ervaart dit als knelpunt voor een groot deel van de rolstoelgebonden cliënten en 67% voor een groot deel van de kinderen).
- Maximale reisafstand. De maximale reistijd is voor deze cliënten in veel gevallen korter, waardoor er minder efficiënt gepland kan worden (28% van de instellingen ervaart dit als knelpunt voor een groot deel van de rolstoelgebonden cliënten en 33% voor een groot deel van de kinderen).

Op basis van de knelpunten en maatregelen die we tijdens dit onderzoek hebben verzameld kunnen de verlaagde vervoerstarieven op termijn nadelige consequenties hebben voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen:

- Cliënten kunnen dichterbij hun woonadres dagbesteding ontvangen, maar die zal vaak minder passend zijn.
- Indien een cliënt de voorkeur heeft voor een andere locatie dan de dichtst-bijzijnde, dan kan aan cliënten worden gevraagd om aan een (groot) deel van de vervoerskosten bij te dragen.
- Cliënten ontvangen minder dagbesteding, omdat zorgaanbieders financiële middelen die nu worden besteed aan dagbesteding en zorg gaan besteden aan vervoer.
- Specialistische dagbestedingslocaties voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen gaan op korte of lange termijn sluiten, omdat er minder cliënten komen en de zorgaanbieder daardoor de noodzakelijke kwaliteit en deskundigheid niet meer kan bieden.
- Een deel van de rolstoelgebonden cliënten en kinderen blijft thuis waardoor een groter beroep wordt gedaan op de mantelzorg en thuiszorg. Voor een deel van deze cliënten kan dit tot een intramurale opname leiden, omdat de draagkracht van de mantelzorg voor deze nieuwe situatie niet voldoende is.

Omdat vanaf 1 januari 2015 de extramurale begeleiding, inclusief de dagbesteding en het vervoer in de Wmo wordt ondergebracht (met een budgetkorting van 25%), is het van belang gemeenten goed te informeren over de ervaren knelpunten, maatregelen en consequenties. De gemeenten kunnen deze informatie dan gebruiken om te komen tot kostendekkende tarieven en het vervoer vanuit een centrale regie te optimaliseren in combinatie met de andere vervoersvormen waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn, zoals leerlingenvervoer, Regiotaxi en Wmo-vervoer.

Bijlage 1. Gebruikte documentatie deskresearch

Brief Ministerie van VWS aan de Nederlandse Zorgautoriteit, betreft Aanwijzing in verband met tariefmaatregel vervoer dagbesteding specifieke groepen, Den Haag, 23 april 2013, kenmerk 112320-102565-MC

Brief Nederlandse Zorgautoriteit aan de besturen van AWBZ-zorgaanbieders en de zorgkantoren, betreft Extra budgetronde vervoer dagbesteding Care-AWBZ, Utrecht, 25 april 2013, kenmerk Care/AWBZ/13/04c

Brief Nederlandse Zorgautoriteit aan de Staatssecretaris van VWS, betreft Tariefmaatregel vervoer dagbesteding, Utrecht, 24 januari 2013, kenmerk 0028713/35375

Brief Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland aan de Tweede Kamer, betreft bezwaar Lenteakkoord, Algemeen Overleg Toekomst AWBZ, Utrecht, 29 juni 2012, kenmerk B290612/MK

Brief Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland aan de Tweede Kamer, betreft Tarieven AWBZ-gehandicaptenvervoer dagbesteding, Utrecht, 14 maart 2013, kenmerk B13032013HC

Brief Ministerie van VWS aan de Nederlandse Zorgautoriteit, betreft Voorlopige contracteerruimte 2014, Den Haag, 12 juni 2013, Kenmerk 105007a

Factsheet Maatregelen AWBZ-vervoer, Quick scan gewijzigde bekostigingssystematiek Kennisplatform Verkeer en Vervoer, Ede

Factsheet Vervoer, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Brief Ministerie van VWS aan de Tweede Kamer, betreft Tariefmaatregelen vervoer dagbesteding specifieke groepen, Den Haag, 15 maart 2013, kenmerk DLZ-U-3156527

Tweede Kamer der Staten-Generaal, Kamerstuk 30 597; Toekomst AWBZ, Nr. 267 – Staatssecretaris van VWS, Den Haag, 3 oktober 2012

Tweede Kamer der Staten-Generaal, Kamerstuk 25 847; Evaluatie Wet voorzieningen gehandicapten, Nr.113 - Motie van de leden Bergkamp en Otwin Van Dijk, Den Haag, voorgesteld 4 april 2013

Rapportage Onderzoek vervoerskosten, in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit, PricewaterhouseCoopers, maart 2012

Brief Triade aan de Nederlandse Zorgautoriteit, betreft Afwijkende aanvraag AWBZ-budget 2013 voor vervoerstarieven 2013, Triade VG (NZa nummer 300-2019), Lelystad, 31 oktober 2012 Kenmerk 12.125 MA/AS

Uitspraken kortgeding en hoger beroep VGN, betreft De vraag of de door de Staat (meer in het bijzonder door de Staatssecretaris/de Minister) voorgenomen Aanwijzing onmiskenbaar onrechtmatig is jegens VGN, zaak- /rolnummer: 422231/KG ZA 12-670

Factsheet knelpuntenbudget De Noorderbrug, kenmerk 012-166. Ontvangen van het zorgkantoor.

Bijlage 2. Vragenlijst Vervoer rolstoelgebonden cliënten en kinderen

Algemeen	___________________________
Naam instelling	___________________________
Locatie instelling	___________________________
Contactpersoon instelling	___________________________
Functie contactpersoon	___________________________
E-mailadres contactpersoon	___________________________
Telefoonnummer contactpersoon	___________________________

Cliënten en vervoer

1. Hoeveel cliënten hebben in 2012 gebruikgemaakt van geïndiceerd vervoer van en naar dagbesteding?
(Indien u geen exacte aantallen weet, wilt u dan een schatting van het aantal cliënten geven?)

Aantal cliënten met vervoer in 2012
Intramuraal: _______ Rolstoelgebonden cliënten GHZ (incl. rolstoelgebonden kinderen)
Intramuraal: _______ Kinderen
Intramuraal: _______ Overige cliënten
Extramuraal: _______ Rolstoelgebonden cliënten GHZ (incl. rolstoelgebonden kinderen)
Extramuraal: _______ Kinderen
Extramuraal: _______ Overige cliënten

2. Heeft uw instelling/locatie het vervoer in eigen beheer?
☐ Ja
☐ Nee

Zo nee, wat is de naam van de vervoerder(s) waar u een contract mee heeft?

Kunt u in het kort de afspraken met deze vervoerder(s) omschrijven?
(Denk aan kwaliteit, bezetting, maximale reistijd en/of afstand, etc.)

3. Heeft u gebruikgemaakt van de mogelijkheid om nieuwe tarieven aan te vragen voor het vervoer van kinderen en rolstoelgebonden cliënten (extra budgetronde AWBZ-vervoer 2013)?
☐ Ja
☐ Nee

Knelpunten

Tot op heden hebben zich bij de Nza 152 zorgaanbieders gemeld die een knelpunt ondervinden van de huidige tariefmaatregel. Hiervan hebben 121 aanbieders gebruik gemaakt van de mogelijkheid om hun verzoek tot hogere tarieven nader toe te lichten in een hoorzitting. De knelpunten die door deze zorgaanbieders zijn aangedragen betreffen knelpunten ten gevolge van de tariefmaatregel voor alle cliënten met een indicatie voor vervoer. Tijdens deze hoorzittingen hebben aanbieders aangegeven dat voor twee cliëntgroepen de huidige kwaliteit van dagbesteding in het geding is als de huidige vervoerstarieven worden gecontinueerd. Dit betreft kinderen en rolstoelgebonden cliënten GHZ.

De volgende vragen gaan specifiek in op knelpunten en mogelijke alternatieven voor deze twee cliëntgroepen.

4. Ervaart u op dit moment knelpunten bij het uitvoeren van het vervoer voor deze cliënten?
☐ Ja
☐ Nee

5a. Knelpunten rolstoelgebonden cliënten GHZ (incl. rolstoelgebonden kinderen)

	Ja, voor een groot deel van deze cliënten	Ja, voor een klein deel van deze cliënten	Nee, voor vrijwel geen van deze cliënten
Het zorgaanbod voor deze cliënten is vaak regionaal georganiseerd waardoor de reisafstand lang is.	☐	☐	☐
Er is voor deze cliënten geen andere passende (dagbestedings) locatie dichterbij beschikbaar.	☐	☐	☐
Er worden specifieke (kwaliteits) eisen gesteld aan het vervoermiddel	☐	☐	☐
Er worden specifieke (kwaliteits) eisen gesteld aan de chauffeur	☐	☐	☐
Het is niet mogelijk om het vervoer van deze cliënten te combineren met vervoer van andere doelgroepen	☐	☐	☐
Het vervoer vindt plaats vanuit de thuissituatie van de cliënt, waardoor de reisafstand lang(er) is en minder efficiënt kan worden georganiseerd	☐	☐	☐
De maximaal mogelijke reistijd voor deze cliënten ligt lager dan voor cliënten in andere doelgroepen	☐	☐	☐

5b. Knelpunten kinderen

	Ja, voor een groot deel van deze cliënten	Ja, voor een klein deel van deze cliënten	Nee, voor vrijwel geen van deze cliënten
Het zorgaanbod voor deze cliënten is vaak regionaal georganiseerd waardoor de reisafstand lang is.	☐	☐	☐
Er is voor deze cliënten geen andere passende (dagbestedings) locatie dichterbij beschikbaar.	☐	☐	☐
Er worden specifieke (kwaliteits) eisen gesteld aan het vervoermiddel	☐	☐	☐
Er worden specifieke (kwaliteits) eisen gesteld aan de chauffeur	☐	☐	☐
Het is niet mogelijk om het vervoer van deze cliënten te combineren met vervoer van andere doelgroepen	☐	☐	☐
Het vervoer vindt plaats vanuit de thuissituatie van de cliënt, waardoor de reisafstand lang(er) is en minder efficiënt kan worden georganiseerd	☐	☐	☐
De maximaal mogelijke reistijd voor deze cliënten ligt lager dan voor cliënten in andere doelgroepen	☐	☐	☐

6. Zijn er knelpunten in de organisatie en uitvoering van vervoer voor deze specifieke cliëntgroepen die nog niet zijn genoemd?

☐ Ja
☐ Nee

Zo ja, kunt u een omschrijving van deze knelpunten geven?

Denk aan tijd, afstand, kwaliteit, bezettingsgraad, financieel et cetera.

7. De tarieven zijn per 1 januari 2013 voor een groot deel van het vervoer gewijzigd en naar beneden bijgesteld. Welke maatregelen heeft u reeds getroffen om deze tariefkorting op te vangen?

8. Welke van deze maatregelen zijn ook van toepassing op het vervoer voor rolstoelgebonden cliënten en kinderen?

9. Zijn er daarnaast nog specifieke maatregelen voor deze cliëntengroep die u gaat toepassen?
